



DELEGA per la SCELTA/ REVOCA del Medico di Assistenza Primaria

Il/la sottoscritto/a (delegante) _____

nato/a a _____ il _____

documento di identità (carta di identità/patente/passaporto) _____ n° _____

rilasciato da _____ il _____

AUTORIZZA

alla revoca del Dott. _____

alla scelta del Dott. _____

in sua vece il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

documento di identità (carta di identità/patente/passaporto) _____ n° _____

rilasciato da _____ il _____

Dichiara di essere informato, ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e D.lgs. 30.06.2003, n. 196 (Codice in materia in protezione dei dati personali), come modificato dal D.lgs. 10.08.2018, n. 101, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____

N.B: la persona delegata dovrà presentarsi munita sia della fotocopia di un documento di identità del delegante, sia della fotocopia del proprio documento d'identità, entrambi in corso di validità.